

Z Gerontol Geriat 2018 · 51:213–221  
 DOI 10.1007/s00391-016-1144-8  
 Eingegangen: 17. November 2015  
 Überarbeitet: 8. August 2016  
 Angenommen: 28. September 2016  
 Online publiziert: 4. November 2016  
 © Der/die Autor(en) 2016. Dieser Artikel ist  
 eine Open-Access-Publikation.



Diana Kurch-Bek<sup>1</sup> · Leonie Sundmacher<sup>2</sup> · Christian Gallowitz<sup>1</sup> ·  
 Bernhard Tenckhoff<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Stabsstelle Innovation, strategische Analyse und IT-Beratung, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin, Deutschland

<sup>2</sup> Fachbereich Health Services Management, Ludwig-Maximilians-Universität, München, Deutschland

# Vertragsärztliche Versorgung von Patienten in beschützenden Einrichtungen und Heimen

## Analyse auf Basis von Sekundärdaten

Der demografische Wandel mit einer immer älter werdenden Gesellschaft und niedrigen Geburtenraten stellt die Gesellschaft und das Gesundheitswesen in den kommenden Jahrzehnten vor große Herausforderungen. Bereits heute fehlen in der Pflege Arbeitskräfte, besonders auch qualifizierte, und es ergeben sich Engpässe, die nur durch erhebliche Anstrengungen im Arbeitsmarkt und durch gesellschaftliche Anstrengungen überbrückt werden können.

Gegenwärtig sind in Deutschland insgesamt 2,6 Mio. Menschen pflegebedürftig. Als pflegebedürftig werden Personen gemäß § 14 Abs. 1 SGB XI bzw. § 61 SGB XII bezeichnet, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung in erheblichem oder höherem Maß der Hilfe und Unterstützung im täglichen Leben bedürfen. Es werden 1,8 Mio. vorwiegend hochbetagte Frauen und Männer zu Hause versorgt. Über 70 % der Pflegebedürftigen im häuslichen Umfeld werden derzeit allein durch pflegende Angehörige (47 %) und rund 23 % durch ambulante Pflegedienste betreut. Im Rahmen der Versorgung von Pflegebedürftigen spielt die Familie nach wie vor eine zentrale Rolle. Rund 764.431 Pflegebedürftige werden in Heimen versorgt [10].

Im Gutachten des Sachverständigenrates von 2014 wird darauf hingewiesen, dass in Deutschland noch Herausforderungen bestehen, um zu einer bedarfs- und bedürfnisgerechten, auf Sicherung von Autonomie und Teilhabe zielenden

Langzeitversorgung mit quantitativ und qualitativ hinreichend ausgebauten stationären, teilstationären und ambulanten Pflegeangeboten zu gelangen. Es besteht ein Problem und Handlungsdruck hinsichtlich der Langzeitversorgung von Pflegebedürftigen. Die Sachverständigen fordern neben dem Ausbau und der weiteren Differenzierung der ambulanten Pflege eine Stärkung der häuslichen Versorgung, um trotz gesundheitlicher Einbußen und auch trotz Pflegebedürftigkeit zur Aufrechterhaltung von Autonomie und Lebensqualität beizutragen [9]. Um die zukunftsorientierte Versorgung von Patienten in beschützenden, Pflege- oder Altenheim Einrichtungen (bPA-Einrichtungen) gestalten zu können, ist es von hoher Bedeutung, einen Überblick über die deutschlandweite Inanspruchnahme und deren inhaltlichen Schwerpunkte zu erhalten. In der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes wird zudem lediglich über die Anzahl von positiv begutachteten Pflegebedürftigen (gemäß aktuellen Vorgaben zur Erlangung einer Pflegestufe I–III) berichtet. Diese entspricht der Zahl der Leistungsbezieher. Patienten mit Pflegebedarf, die keinen Anspruch geltend gemacht haben oder (noch) nicht einer Pflegestufe zugeordnet werden konnten, werden in den amtlichen Statistiken dementsprechend nicht berücksichtigt. Bisher gibt es wenige deutschlandweite Schätzungen zum Anteil der Patienten in bPA-Einrichtungen und deren vertragsärztlichen Versorgung [11]. Ziel dieser

Querschnittsanalyse ist es, einen ersten Überblick über Patienten in bPA-Einrichtungen auf Basis von bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten zu geben, um die Diskussion zukünftiger Versorgungsbedarfe im Kontext Pflege und Versorgung in bPA-Einrichtungen auch aus der ambulanten Sicht mit Informationen zu substantisieren.

## Fragestellungen

Im Rahmen der vorliegenden Analyse wurden folgende Fragestellungen untersucht:

1. Können Patienten in bPA-Einrichtungen auf Basis von Sekundärdaten identifiziert werden?
2. Welche geriatritypischen Merkmalskomplexe (gtMk) liegen bei Patienten in bPA-Einrichtungen vor?
3. Wie werden die Patienten in bPA-Einrichtungen vertragsärztlich versorgt?
4. Gibt es Unterschiede zwischen Patienten, die ausschließlich innerhalb der bPA-Einrichtungen, und Patienten, die sowohl in einer bPA-Einrichtung als auch in vertragsärztlichen Praxen (im Folgenden: Praxen) behandelt werden?

**Tab. 1** Operationalisierung geriatritypischer Merkmalskomplexe gemäß ICD-10-GM, Version 2014. (Borchelt et al. [2], Stand 30.07.2012)

Geriatritypischer Merkmalskomplex	ICD-10-GM-Code
Immobilität	M96.8, M62.3- (0–9), M62.5 (0–9)
Sturzneigung und Schwindel	R26.- (0–9), R42, H81.- (0–8), H82*, I67.2, I67.3, I67.4, I67.88, I67.9, R29.6
Kognitive Defizite	G30.0*, F00.0, G30.1*, F00.1, G30.8*, F00.2, F01.- (0–9), F02.-*, G20*, F02.3*, F02.8*, F04, F05 (0–9), F06.9, F06.7, F07.0, F07.1, F07.2, F07.8, G30.9*, F00.9*, F03, G31.82
Harn- und Stuhlinkontinenz	R32, N39.3, N39.4 (0–8), R15
Dekubitalulzera	L89, L97, I83.0, I83.2, L98.4
Fehl- und Mangelernährung	R64, E41, E43 (erheblich), E44.- (0–1), R63.3, E46
Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt	E86, E87.- (0–8), R60.- (0–1)
Depression, Angststörung	F30.- (0–2), F31.- (0–8), F32.- (0–3), F33.- (0–3), F40.- (0–2), F41.- (0–3)
Schmerz	R52 (0–9), F62.80, F45.4-, G54.6-, M79.6, M25.5, M54.5, M54.9-, M75.8, M54.-
Sensibilitätsstörungen	R20.- (0–8), G50.- (0–9), G60–G64, G62.-, G62.0, G62.1, G62.2, G62.80, G62.88, G63.- (0–8), G60.- (0–8), G64
Herabgesetzte Belastbarkeit, Gebrechlichkeit	R54
Starke Seh- und Hörbehinderung	H53.- (0–9), H54.- (0–7), H52.4, H25.- (0–9), H28.- (0–1), H53.- (3–4, 9), H90.- (0–8), H91.0, H91.1, H91.2, H91.8, H91.9
Medikationsprobleme	Y57.9, X49.9, T36–T50
Hohes Komplikationsrisiko	Z98.- (0–8), Z48.- (0–8), Z43.- (0–8), S-2.- (-), T79–T89, Z99.2, I48
Verzögerte Rekonvaleszenz	Z54 (0–9)

\* Asterisken entsprechen dem Kreuz-Stern-System des ICD-10-GM, d. h. Stern-Schlüsselnummern (Manifestation) dürfen nicht als alleinige Schlüsselnummern verwendet werden, sondern immer nur zusammen mit einer anderen, nicht-optionalen Schlüsselnummer; die primäre Schlüsselnummer wird in diesem Falle durch ein angehängtes Kreuz gekennzeichnet

**Tab. 2** Übersicht zu den Patientengruppen, unterteilt nach Geschlecht

Patientengruppen	Männer		Frauen		Gesamt
	Anzahl (n)	Anteil (%)	Anzahl (n)	Anteil (%)	
Patienten im Pflege-/ Altenheim und sonstigen Einrichtungen, davon ...	155.546	29,6	370.317	70,4	525.863
mit ausschließlicher Versorgung in der Einrichtung	43.653	25,2	129.580	74,8	173.233
mit Versorgung in der Einrichtung und in Praxen	111.893	31,7	240.737	68,3	352.630

## Methodik

### Datengrundlage

Die Auswertungen basieren auf den ambulanten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten gemäß § 295 SGB V des Jahres 2014. In dieser mehrfach pseudonymisierten Datengrundlage ist jede in

der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherte Person mit mindestens einem Arztkontakt im vertragsärztlichen Bereich im entsprechenden Abrechnungszeitraum erfasst. Die ambulanten Abrechnungsdaten enthalten u. a. pseudonymisierte Angaben zu dem Arzt bzw. zu der Praxis (z. B. pseudonymisierte lebenslange Arztnummer

[LANR], pseudonymisierte Betriebsstättennummer [BSNR], Facharztgruppe, zu dem Patienten [z. B. pseudonymisierte Versichertennummer, Geburtsdatum, Geschlecht], zu den Diagnosen und zu den Leistungen nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab [EBM]). Die Patientenentitäten werden gebildet über eine Kombination aus vorliegenden Pseudonymattributen.

### Patienten in beschützenden Einrichtungen, Pflege- oder Altenheimen

Zur Identifizierung von Patienten in bPA-Einrichtungen wurde die bundeseinheitliche Gebührenordnungsposition (GOP) 01415 herangezogen, die sich auf den dringenden Besuch in einem beschützenden Wohnheim bzw. einer Einrichtung beschützenden bzw. einem Pflege- oder Altenheim mit Pflegepersonal bezieht [5]. Darunter zählen u. a. auch stationäre Einrichtungen bzw. Wohnheime der Behindertenhilfe oder außerklinische Beatmungsstationen. Als Aufgreifkriterium wurde gefordert, dass die GOP 01415 in mindestens 2 Quartalen im Auswertungszeitraum (M2Q) für einen Patienten abgerechnet wurde. Das „M2Q-Kriterium“ wird neben dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbis-RSA) auch in der Versorgungsforschung bei der Nutzung von Routinedaten häufig im Zusammenhang mit ICD-Code angewendet, um die Prävalenzangaben zu stabilisieren (Erläuterungen zur Festlegung von Morbiditätsgruppen, Zuordnungsalgorithmus, Regressionsverfahren und Berechnungsverfahren für das RSA-Ausgleichsjahr 2017; [4]). Das M2Q-Kriteriums wird auf die Gebührenordnungsposition in der vorliegenden Analyse angewendet, um Patienten, die dauerhaft in bPA-Einrichtungen leben, gegen Patienten der Kurzzeitpflege oder auch Patienten, die unmittelbar nach dem Übergang in eine bPA-Einrichtung versterben, abzugrenzen. Das konsequente Aufeinanderfolgen der Quartale ist nicht gefordert, da Patienten in bPA-Einrichtungen durchaus beispielsweise zwischenzeitliche Krankenhausaufent-

D. Kurch-Bek · L. Sundmacher · C. Gallowitz · B. Tenckhoff

## Vertragsärztliche Versorgung von Patienten in beschützenden Einrichtungen und Heimen. Analyse auf Basis von Sekundärdaten

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Gemäß der Pflegestatistik im Jahr 2014 wurden 2,6 Mio. pflegebedürftige Menschen in Deutschland versorgt; davon 1,86 Mio. zu Hause und rund 764.000 vollstationär im Heim. In den Berichterstattungen zur Zahl von Pflegebedürftigen wird jedoch lediglich von positiv begutachteten Pflegebedürftigen nach § 14 SGB XI berichtet. Für Deutschland gibt es bisher keine bundesweiten Abschätzungen zu Patienten in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal (bPA-Einrichtungen) auf Basis von Routinedaten. Diese Lücke wollen wir schließen.

**Material und Methoden.** Die vorliegende Auswertung basiert auf bundesweiten vertragsärztlichen Abrechnungsdaten des Jahres 2014. Anhand von Leistungsdaten erfolgte eine Abschätzung der Anzahl an Patienten in bPA-Einrichtungen. Die Darstellung der Morbidität und die vertragsärztliche Versorgung erfolgten im Rahmen von deskriptiven Analysen.

**Ergebnisse.** Es wurden 525.863 Patienten in bPA-Einrichtungen ambulant vertragsärztlich versorgt, davon 173.233 Patienten ausschließlich in bPA-Einrichtungen und 352.630 Patienten sowohl in bPA-Einrichtungen als auch in Praxen durch Vertragsärzte.

Knapp zwei Drittel aller Patienten in bPA-Einrichtungen werden nach wie vor in ambulanten Praxen außerhalb der bPA-Einrichtung versorgt.

**Schlussfolgerung.** Bundesweite Abrechnungsdaten können zur Beurteilung der pflegerischen und vertragsärztlichen Versorgung von Patienten in bPA-Einrichtungen einen wesentlichen Beitrag leisten.

### Schlüsselwörter

Routinedaten · Multimorbidität · Institutionalisierte Personen · Ambulante ärztliche Versorgung · Institutionelle Einrichtungen

## Treatment by panel physicians of patients in protective institutions and homes. Analysis based on secondary data

### Abstract

**Background.** According to the nursing statistics from 2014 a total of 2.6 million patients in Germany required nursing care of which 1.86 million received care at home and approximately 29 % (764,000 patients) received inpatient treatment exclusively in a nursing home. Reports on the number of long-term nursing care patients usually only include patients with a need of long-term care (according to § 14 German Social Code XI) confirmed by the statutory healthcare insurance. Currently, in Germany there is no nationwide report based on routine (billing) data estimating the number of patients in protective residential homes or institutions, nursing homes or homes for the elderly with

nursing personnel (private institutions) based on routine data. This needs to be clarified.

**Material and methods.** The present analysis was based on the nationwide ambulatory statutory healthcare insurance physician (ASHIP) authorized billing data from 2014. An estimation of the number of patients in nursing and retirement homes was made based on the medical services data. Morbidity and outpatient medical healthcare details were analyzed using methods for descriptive analyses.

**Results.** In 2014 a total of 525,863 patients in private nursing homes received ASHIP-authorized treatment, of which 173,233 were treated exclusively in nursing homes by ASHIP-authorized physicians and 352,630

patients were treated in nursing homes as well as in ASHIP-authorized practices. In the year under investigation approximately two thirds of the patients in nursing homes consulted ambulatory practices in addition to care in the nursing home.

**Conclusion.** Nationwide ambulatory ASHIP billing data can substantially contribute to assessment of multimorbidities and provision of long-term healthcare by panel physicians for patients in nursing homes.

### Keywords

Routine data · Multimorbidity · Institutionalized Persons · Outpatient care · Nursing homes

halte aufweisen oder ärztliche Besuche alle 2 Quartale stattfinden können.

### Versorgungsart

Grundsätzlich liegt für jeden Patienten in bPA-Einrichtungen mindestens ein Behandlungsfall mit der GOP 01415 in 2 Quartalen im Beobachtungszeitraum vor (Aufgreifkriterium). Anhand der weiteren vorliegenden Behandlungsfälle erfolgte eine Differenzierung nach der Inanspruchnahme von vertragsärztli-

chen Leistungen in der Versorgung. Es kann hierbei zwischen Patienten in den bPA-Einrichtungen *mit ausschließlicher Versorgung vor Ort* und Patienten, die sowohl *Versorgung vor Ort in der bPA-Einrichtungen als auch in Praxen* in Anspruch genommen haben, unterschieden werden.

Patienten in den bPA-Einrichtungen, bei denen ausschließlich weitere Behandlungsfälle vorliegen, in denen Leistungen ohne persönlichen Arzt-Patient-Kontakt (APK, beispielsweise telefonische Bera-

tung, GOP 01435) erbracht wurden, werden der Gruppe *mit ausschließlicher vertragsärztlicher Versorgung vor Ort* zugeordnet.

Sofern bei Patienten in den bPA-Einrichtungen Behandlungsfälle mit Versicherten- und Grundpauschalen und ohne den dringenden Besuch (GOP 01415) vorliegen, werden diese der Gruppe *Versorgung vor Ort in der bPA-Einrichtungen als auch in Praxen* zugeordnet.

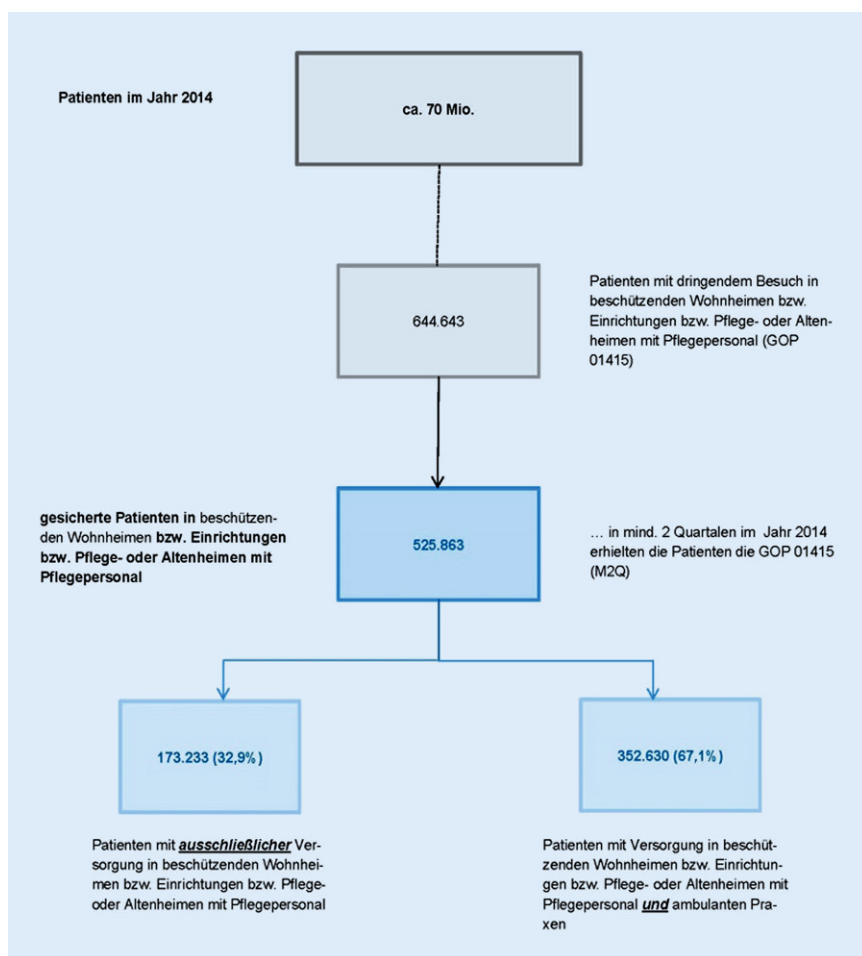


Abb. 1 ▲ Abgrenzung der untersuchten Patienten

Behandlungsfälle im Rahmen der Notfallversorgung wurden in der Analyse nicht berücksichtigt.

### Geriatritypische Merkmalskomplexe

Eine nähere Bestimmung der vorliegenden gtMk der Patienten erfolgte anhand von „gesicherten“ Diagnosen gemäß dem Positionspapier „Abgrenzungskriterien der Geriatrie“ der geriatrischen Fachgesellschaften in der Version V1.3 (Tab. 1). Eine Eingruppierung in einen gtMk wurde genau dann vorgenommen, wenn im Untersuchungsjahr mindestens 2-mal Diagnosen eines gtMk (M2Q-Kriterium) als „gesichert“ dokumentiert wurden [2].

### Bildung von Abrechnungsgruppen

Um die haus- und fachärztliche Versorgung abzugrenzen, wurden die im Rahmen der Abrechnungstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung genutzten Abrechnungsgruppen-Zuordnungen verwendet. Die Zuordnung orientiert sich an den einheitlichen Verfahren des EBM. Hierzu werden die Qualifikationsvoraussetzungen, die zur Abrechnung bestimmter Leistungen (GOPen) zu erfüllen sind, für die Bestimmung des Fachgebietes und/oder des Schwerpunktes genutzt und somit eine Zuordnung von Ärzten zu Arztgruppen anhand des tatsächlichen Abrechnungsverhaltens vollzogen [6].

### Ergebnisse

Es wurden 644.643 Patienten (0,9 %) mindestens einmal in bPA-Einrich-

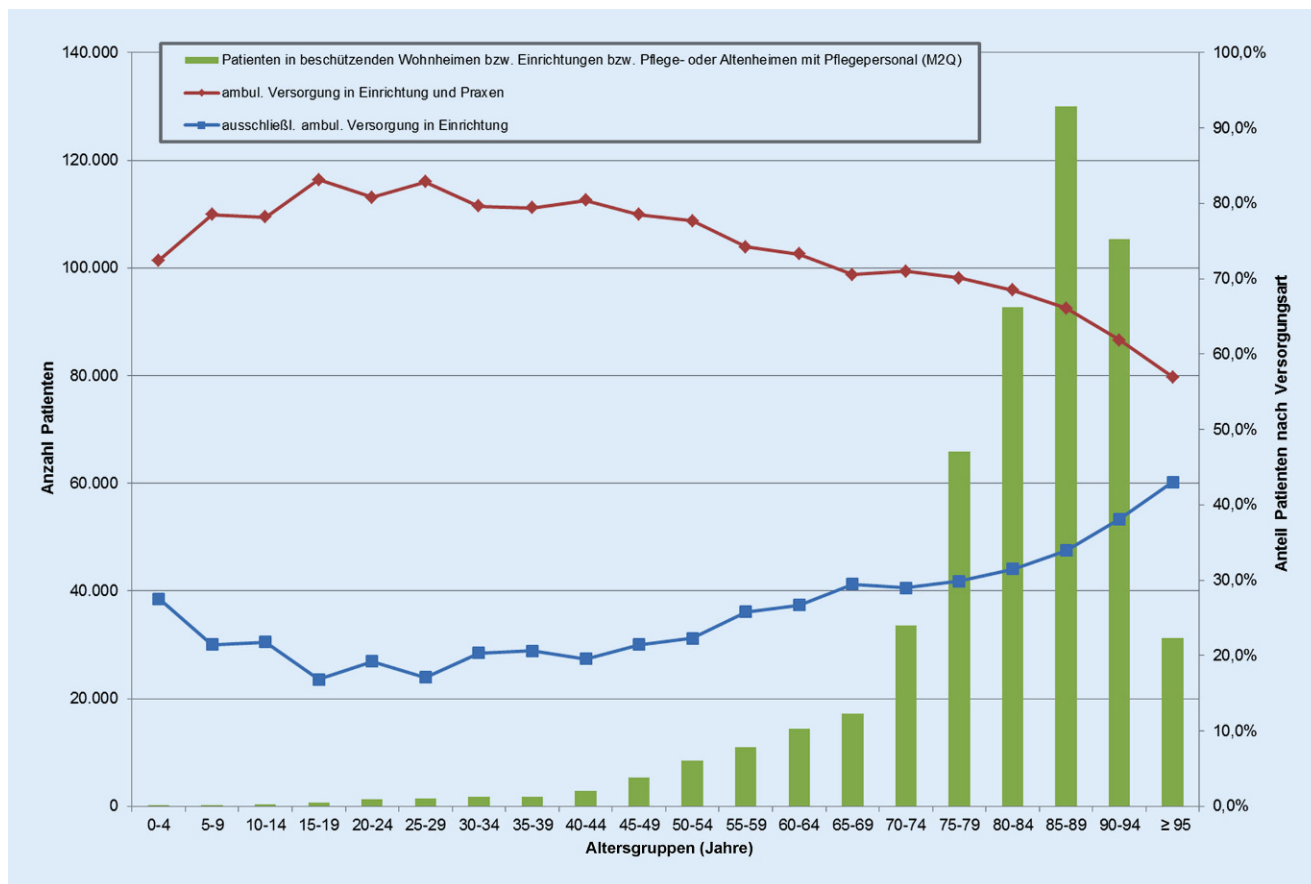
tungen vertragsärztlich versorgt. Einen dringenden Besuch (GOP 01415) in mindestens 2 Quartalen erhielten 525.863 Patienten. Von diesen Patienten ist daher bekannt, dass sie im Betrachtungszeitraum mindestens in 2 Quartalen eine Inanspruchnahme hatten. Somit kann davon ausgegangen werden, dass es sich hierbei nicht um Patienten der Kurzzeitpflege handelt. Die so gebildete Patientenkohorte – 81,6 % der Patienten mit einem dringenden Besuch in einer bPA-Einrichtung in 2014 – wurde im Beobachtungszeitraum betrachtet und liegt den nachfolgenden Auswertungen zugrunde. In Abb. 1 sind die einzelnen Schritte skizziert.

### Alters- und Geschlechtsstruktur

In bPA-Einrichtungen sind Frauen mit 70,4 % wesentlich häufiger vertreten als Männer (29,6 %; Tab. 2). Das mittlere Alter der Frauen betrug 84 Jahre (Quantilabstand [Q]25: 80 Jahre; Median: 86 Jahre; Q75: 91 Jahre), das mittlere Alter der Männer lag bei 76 Jahren (Q25: 70 Jahre; Median: 79 Jahre; Q75: 86 Jahre), wie erwartet unter dem der Frauen. Insgesamt kann festgestellt werden, dass in den höheren Altersgruppen mehr Patienten vertreten sind. Neun von 10 Patienten sind über 60 Jahre und 8 von 10 Patienten in bPA-Einrichtungen sind 75 Jahre alt und älter. Ab der Altersgruppe der 70- bis 74-Jährigen übersteigt der Anteil der Frauen in bPA-Einrichtungen den der Männer. Der Anteil der Männer stagniert ab der Altersgruppe der 75- bis 79-Jährigen und fällt dann ab; diese Beobachtung entspricht der bekannten geringeren Lebenserwartung der Männer. Eine bedeutende Abnahme der absoluten Patientenzahlen ist bei Männern und Frauen ab der Altersgruppe der 85- bis 89-Jährigen zu verzeichnen (Abb. 2).

### Ambulante Versorgung von Patienten in bPA-Einrichtungen

Im Jahr 2014 wurden 32,9 % der Patienten ausschließlich vor Ort in bPA-Einrichtungen ambulant versorgt. Rund 67,1 % der Patienten wurden innerhalb eines Jahres mindestens einmal zusätz-



**Abb. 2** ▲ Anzahl der Patienten in bPA-Einrichtungen und der Anteil der Patienten in der Altersgruppe, unterteilt nach Versorgungsart

lich ambulant in einer Praxis behandelt. Betrachtet man die Verteilung der Patienten in bPA-Einrichtungen hinsichtlich der in Anspruch genommenen ambulanten Versorgung, wird schnell deutlich, dass mit zunehmendem Alter ein Wandel der Versorgungsart eintritt und die Versorgung zunehmend in der pflegenden Einrichtung stattfindet.

### Geriatritypische Merkmalskomplexe

Im Durchschnitt wurden für Patienten in bPA-Einrichtungen 3 gtMk codiert. Patienten in bPA-Einrichtungen, die ausschließlich in der pflegenden Einrichtung versorgt wurden, weisen durchschnittlich 0,4 gtMk weniger auf als Patienten, die zusätzlich in Praxen behandelt werden.

Bei zwei Drittel der Patienten in bPA-Einrichtungen liegen kognitive Defizite vor. Bei rund 40 % der Patienten in den

bPA-Einrichtungen wurden eine Sturz- und Schwindelneigung sowie eine Inkontinenz diagnostiziert. Gut ein Drittel des Patientenkollektivs hat starke Hör-/Sehstörungen. Bei 25 von 100 Patienten in pflegenden Einrichtungen wurden Schmerzen dokumentiert. Gebrechlichkeit, Sensibilitätsstörungen, Depressionen und/oder Dekubitus weisen gut ein Fünftel der Patienten in bPA-Einrichtungen auf (Abb. 3).

Zusätzlich wurde die Gruppe der Patienten in bPA-Einrichtungen nach der Versorgungsart differenziert – ausschließliche Versorgung in pflegender Einrichtung oder Versorgung in pflegender Einrichtung und Praxen – betrachtet. Auffällig ist hier, dass der Anteil der gtMk bei Patienten mit Versorgungen in den bPA-Einrichtungen und in Praxen durchgängig höher ist als bei Patienten mit ausschließlicher Versorgung in einer pflegenden Einrichtung. Eine Ausnahme stellen Patienten mit starken Seh-

und Hörstörungen dar, hiervon werden 84,6 % der Patienten in einer Praxis vorstellig (Abb. 3).

Stratifiziert nach dem Geschlecht schwanken bei Frauen die Differenzen zwischen den Versorgungsarten in den gtMk im Mittel um 17,8 % (Minimum: 0,0 % bei verzögerter Rekonvaleszenz, Maximum: 35,1 % bei kognitiven Defiziten). Bei Männern beträgt der Mittelwert lediglich 3,9 % (Minimum: 0,0 % bei verzögerter Rekonvaleszenz, Maximum: 9,9 % bei kognitiven Defiziten).

### Haus- und fachärztliche Versorgung

Bei nahezu allen Patienten in bPA-Einrichtungen (99,7 %) lag mindestens ein APK durch einen Hausarzt im Betrachtungszeitraum vor. Mindestens ein hausärztlicher APK in allen 4 Quartalen des Jahres 2014 lag bei rund 85,3 % der Patienten in den bPA-Einrichtungen vor.



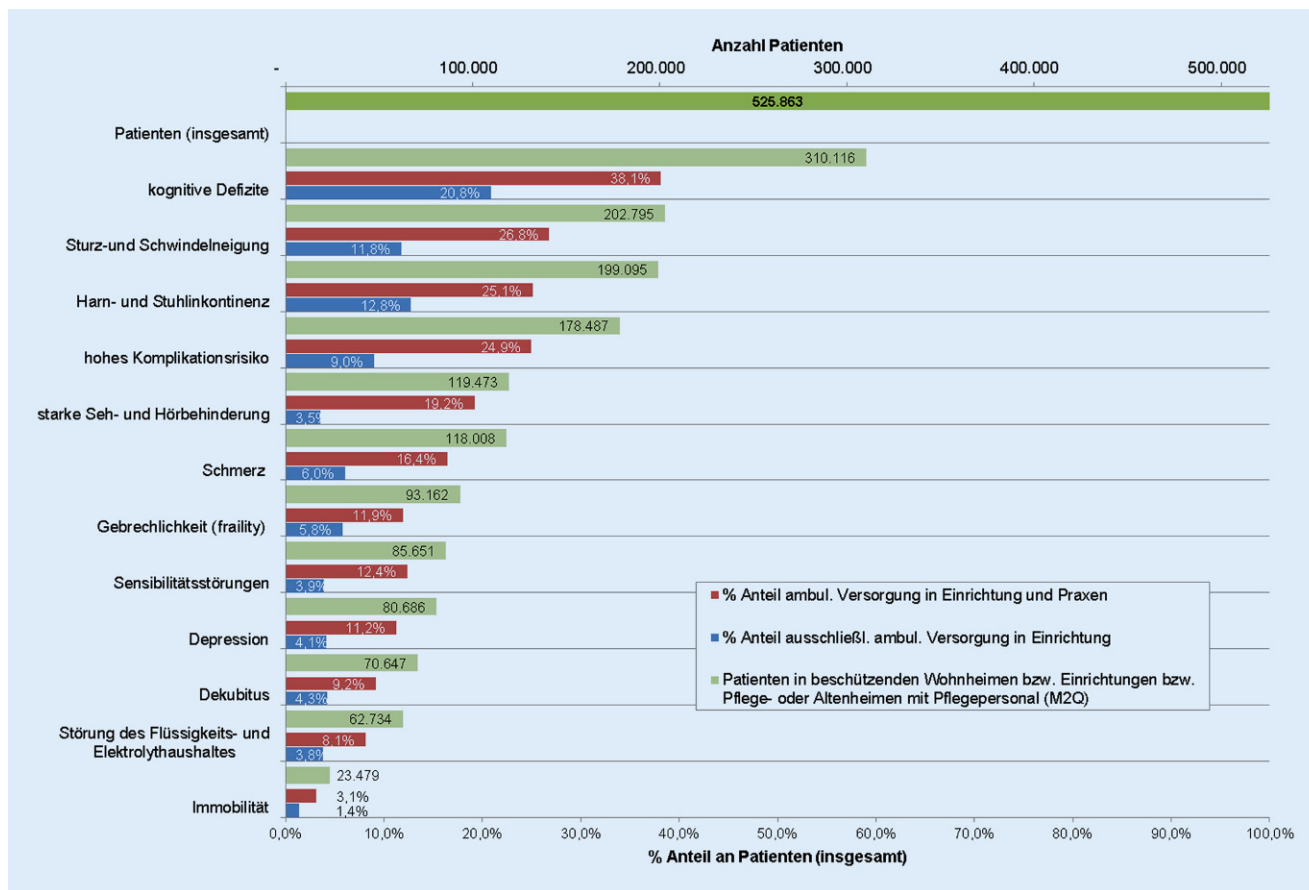


Abb. 3 ▲ Anteil der Patienten mit geriatrischen Merkmalskomplexe in den Patientengruppen

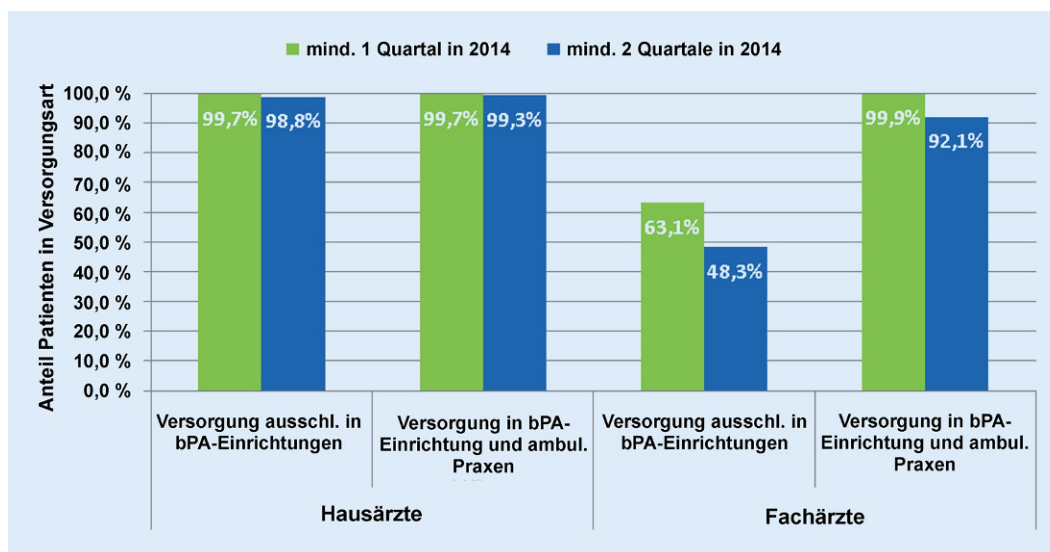
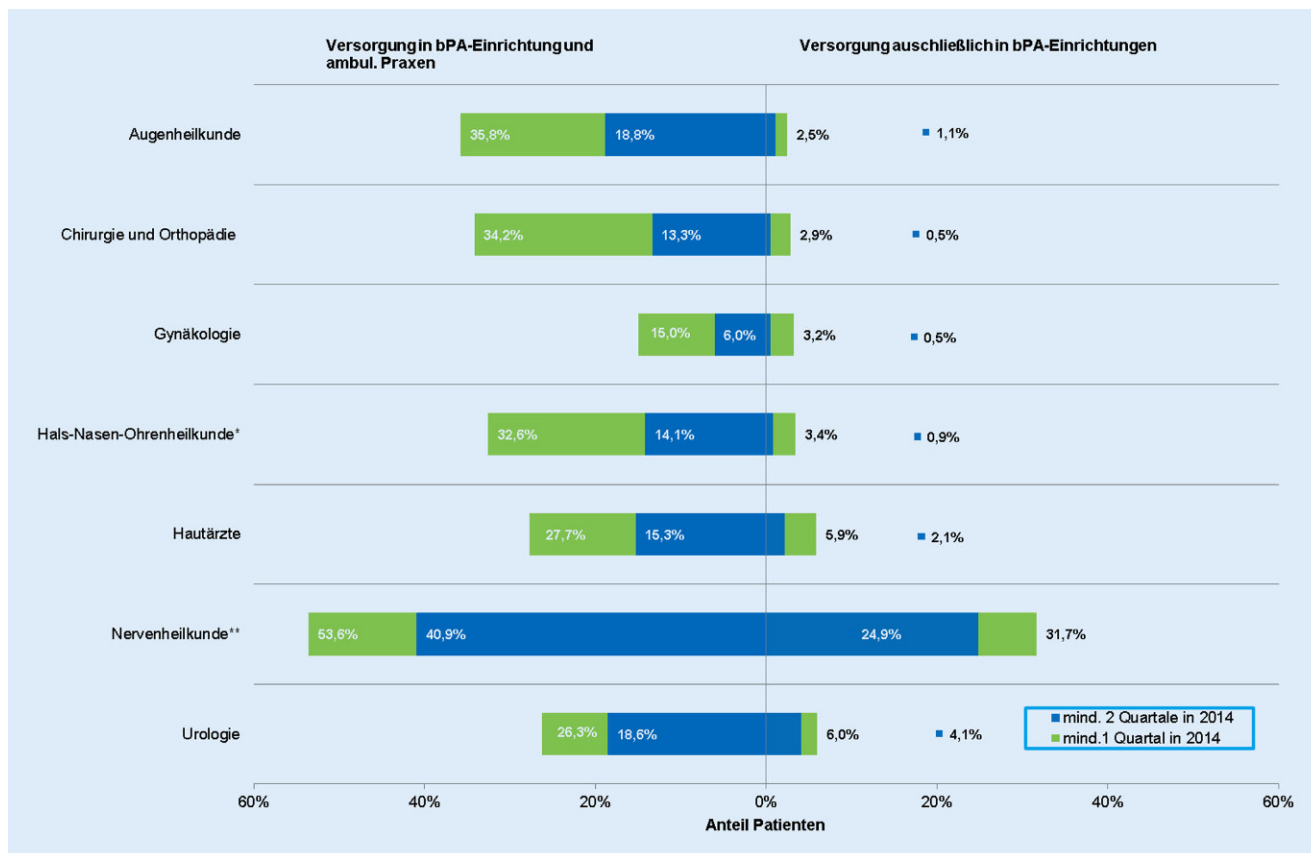


Abb. 4 ◀ Inanspruchnahme von Versorgung von Patienten in bPA-Einrichtungen, unterteilt nach Versorgungsgruppen

Im Auswertungszeitraum hatten 89,8 % der Patienten in bPA-Einrichtungen mindestens einen APK zu einem Facharzt. Rund 46,7 % der Patienten hatten in allen 4 Quartalen einen Facharzt-Patient-Kontakt.

Die haus- und fachärztliche Versorgung, differenziert nach den Versorgungsgruppen, zeigt **Abb. 4**. Patienten mit ausschließlicher Versorgung in bPA-Einrichtungen weisen eine deutlich geringe Kontaktdichte auf. Eine Ausnahme

stellt hier die psychiatrische oder neurologische fachärztliche Versorgung dar (**Abb. 5**). Ein Drittel der Patienten mit ausschließlicher Versorgung in bPA-Einrichtungen wies mindestens einen APK im Beobachtungszeitraum auf.



**Abb. 5** ▲ Fachärztliche Versorgung, stratifiziert nach den Versorgungsgruppen

## Diskussion und Schlussfolgerung

Seit der Einführung der Pflegestatistik lässt sich eine kontinuierliche Zunahme der Zahl Pflegebedürftiger in Deutschland beobachten. Im Jahr 2014 wurden insgesamt 525.863 Patienten (0,75 %) in bPA-Einrichtungen ambulant vertragsärztlich versorgt. Davon wurden 173.233 Patienten ausschließlich in den Einrichtungen durch Vertragsärzte und 352.630 Patienten sowohl in diesen Einrichtungen als auch in Praxen versorgt.

## Vergleich zwischen Pflegestatistik und Routinedaten

Laut der Pflegestatistik des Statistischen Bundesamtes von 2013 wurden 764.431 positiv begutachtete Pflegebedürftige vollstationär in Heimen versorgt. Im Jahr 2014 konnten als Patienten in bPA-Einrichtungen unter Anwendung des Aufgreifkriteriums GOP 01415 (M2Q) 525.863 Patienten identifiziert und wei-

tergehend untersucht werden. Die ermittelte Anzahl der Patienten in bPA-Einrichtungen (-31,2 %) liegt z. T. deutlich unter der gemeldeten Anzahl von vollstationären Pflegebedürftigen in Heimen. Das Geschlechterverhältnis Frauen zu Männern ist in der Pflegestatistik (72,7 % vs. 27,3 %) und bei Patienten in bPA-Einrichtungen (70,4 % vs. 29,6 %) ist vergleichbar. Vergleicht man die Anzahl der Patienten in bPA-Einrichtungen mit den vollstationären Pflegebedürftigen in Heimen auf der Ebene der Altersgruppen, stellt sich eine systematische Unterschätzung dar. Die Unterschätzung ist darauf zurückzuführen, dass Pflegebedürftigkeit sich nicht in der Inanspruchnahme vertragsärztlicher Leistungen (GOPen) abbilden lässt und die verwendete Methodik jedoch auf diesen aufsetzt [10]. Zudem kann davon ausgegangen werden, dass nicht jeder Patient in einer bPA-Einrichtung innerhalb des Beobachtungszeitraums einen dringenden Besuch (GOP 01415) in Anspruch genommen hat. Aus den vorliegenden

Daten sind keinerlei Informationen zu Merkmalen der sozialen Pflegeversicherung oder über die Wohnsituation ableitbar. Um Patienten der Kurz-, Tages- oder Nachtpflege von Patienten in bPA-Einrichtungen mit dauerhaftem Aufenthalt abzugrenzen, wurde das M2Q-Kriterium herangezogen. Eine Abgrenzung der Patienten nach der Einstufung in die Pflegebedürftigkeit ist jedoch aufgrund der Datengrundlage nicht möglich. Eine Stärke der gewählten Methode ist, dass auch Patienten in bPA-Einrichtungen, die aus unterschiedlichen Gründen bisher keine positive Einstufung in die Pflegestufe erhalten oder angestrebt haben, näher untersucht werden können.

## Geriatritypische Merkmalskomplexe

Lübke und Meinck konnten auf Basis von Krankenhausdaten einen engen Zusammenhang zwischen Pflegemerkmalen nach SGB XI (Pflegestufe, Heimbewohnerstatus) und hierbei bestehenden

gtMk, insbesondere für pflegerelevante gtMk (z. B. kognitive Defizite, Inkontinenz, Dekubitalulzera), feststellen [7]. Zusammengefasst weisen die Ergebnisse auf eine hohe Prävalenz körperlicher und kognitiver Erkrankungen hin, die zudem meist zeitgleich bestehen. Es liegen Hinweise vor, dass Patienten in bPA-Einrichtungen erhebliche Beeinträchtigungen des Gesundheitszustandes aufweisen. Im Durchschnitt zeigen die Bewohner gleichzeitig 3 gtMk auf, darunter sind kognitive Einschränkungen (58,9 %), Sturz- und Schwindelneigung (38,6 %), Inkontinenz (27,9 %), hohes Komplikationsrisiko (33,9 %) sowie starke Seh- und Hörbehinderung (22,7 %) am häufigsten vertreten. Hauptsächlich kognitive Beeinträchtigungen, Harninkontinenz und Demenzen sind Ursachen für den Übergang in eine stationäre Alten- oder Pflegeheim Einrichtung [1, 6, 9]. Die bestehende geriatrische Multimorbidität stellt hohe Anforderungen an die pflegerische und die medizinische Versorgung der Patienten in bPA-Einrichtungen. Vor der zudem erhöhten Risikokonstellation für Versterben, dem Anstieg des Pflegebedarfs und der Krankenhausinanspruchnahme im Folgejahr, wie von Meinck und Lübke [8] auf Basis von Krankenhausabrechnungsdaten und Abrechnungsdaten der vertragsärztlichen Versorgung festgestellt, sind die Ergebnisse von hoher Relevanz, um spezifische Versorgungsangebote für Patienten in bPA-Einrichtung zu schaffen.

### Inanspruchnahme von ambulanter Versorgung

Anhand der vorliegenden Daten konnte festgestellt werden, dass 32,9 % aller Patienten aus bPA-Einrichtungen ausschließlich in der Einrichtung durch ambulant tätige Ärzte versorgt werden. Weit über die Hälfte der Patienten nehmen zusätzlich noch an der regulären ambulanten Versorgung in Praxen teil. Das Verhältnis der Inanspruchnahme von Praxen ist deutlich vom Alter der Patienten abhängig. Hochbetagte Patienten nehmen bevorzugt die Versorgung in den bPA-Einrichtungen in Anspruch. Die Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen (SÄVIP) mit einer Beteiligung von

782 Heimen und einem Anteil über 10 % der deutschen Pflegeheimkapazität gab an, dass Besuche von Arztpraxen außerhalb des Heimes nur von 20 % der Bewohner wahrgenommen werden, jedoch bezog sich hierbei die Fragestellung auf den Besuch einer Praxis im letzten Monat [1].

### Vertragsärztliche Versorgung

Boyd et al. wiesen bereits 2005 nach, dass eine unkoordinierte Behandlung zu einer Kostensteigerung ohne Nutzen für den Patienten mit teilweise negativen Behandlungsfolgen führt. Die Versorgung von Patienten in bPA-Einrichtungen stellt eine komplexe Aufgabe dar, die sicherlich von einem ausgebauten strukturierten geriatrischen Versorgungsangebot profitieren [3]. Hinsichtlich der Versorgung belegen die Daten einen hohen hausärztlichen Versorgungsanteil mit mindestens einer Inanspruchnahme von 99,7 % bis hin zu einer Inanspruchnahme in 4 Quartalen von 85,3 %, die aufgrund des Aufgreifkriteriums der GOP 01415 aus dem hausärztlichen Kapitel zu erwarten war. Insgesamt kann jedoch von einer regelmäßigen hausärztlichen Versorgung für nahezu jeden Patienten in bPA-Einrichtungen ausgegangen werden. Mindestens eine Inanspruchnahme der fachärztlichen Versorgung konnte für 89,9 % der Patienten anhand der Daten belegt werden. Der Anteil der Inanspruchnahmen nimmt bei der Betrachtung der Frequenz stärker ab, sodass der Anteil der Patienten, die eine regelmäßige fachärztliche Versorgung über den Auswertungszeitraum erhielten, nur noch 46,7 % beträgt. Anzumerken ist hier, dass die verwendete Datengrundlage „bundesweite Abrechnungsdaten“ nur Personen mit mindestens einem ambulanten Arztkontakt erfasst, und dass sich das Aufgreifkriterium lediglich auf die „dringenden Besuche“ bezieht. Die Daten lassen nur Rückschlüsse auf die Verteilung der Inanspruchnahme zu und geben keine Hinweise darauf, ob die Inanspruchnahme der haus- oder fachärztlichen Versorgung angemessen ist.

### Limitationen

Die dieser Studie zugrunde liegenden Abrechnungsdaten sind für den verwendeten Einsatz als Sekundärdaten zu betrachten. Sie wurden primär zu Abrechnungszwecken erhoben, daher sind auch Besonderheiten des Abrechnungsgeschehens zu beachten. Abrechnungsdaten sind keine Forschungsdaten im klassischen Sinne. Sie stellen jedoch eine einmalige Datengrundlage für wissenschaftliche Untersuchungen zur Versorgungsforschung dar [11]. In den verwendeten Abrechnungsdaten liegen keine Leistungsmerkmale der sozialen Pflegeversicherung vor. Eine Limitation der Analyse ist, dass lediglich die Daten von Patienten betrachtet werden, die vertragsärztliche Leistungen (Aufgreifkriterium: GOP 01415) im Auswertungszeitraum erhalten haben. Die Daten von Patienten in bPA-Einrichtungen ohne vertragsärztliche Leistungen können dementsprechend nicht analysiert werden. Die Anwendung des M2Q-Kriteriums wurde als geeignet gesehen, Patienten der Kurz-, Tages- oder Nachtpflege von Patienten in bPA-Einrichtungen mit dauerhaftem Aufenthalt abzugrenzen. Eine abschließende Abgrenzung der Patienten ist lediglich auf Basis der Leistungsmerkmale der sozialen Pflegeversicherung möglich.

Die in der Methodik verwendete Morbidität als epidemiologisches Maß beschreibt die Häufigkeit von Krankheiten in der Bevölkerung in dem gegebenen Zeitraum. „Krankheit“ wiederum ist definiert als jede Abweichung, subjektiv oder objektiv, vom Zustand des physischen oder psychischen Wohlbefindens.

Erwähnt werden muss, dass aufgrund von Hausarzt- und Selektivverträgen der Anteil der in einer Einrichtung versorgten Patienten unterschätzt werden kann.

### Fazit

- Im Jahr 2014 konnten als Patienten in bPA-Einrichtungen unter Anwendung des Aufgreifkriteriums GOP 01415 (M2Q) 525.863 Patienten identifiziert und weitergehend untersucht werden.



- Bundesweite Abrechnungsdaten können zum Thema Pflege und zur Versorgung von Patienten in bPA-Einrichtung einen relevanten Beitrag leisten.
- Routinedaten ermöglichen Verlaufsbeobachtungen und Analysen zur Entwicklung des Pflegebedarfs und der Versorgung von Patienten in bPA-Einrichtungen.

## Korrespondenzadresse

**Dipl.-Wirtsch.-Inf. (FH) D. Kurch-Bek, MPH**  
 Stabsstelle Innovation, strategische Analyse und IT-Beratung, Kassenärztliche Bundesvereinigung  
 Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin, Deutschland  
 dkurch-bek@kbv.de

6. Kassenärztliche Bundesvereinigung Honorarbericht 4. Quartal 2014
7. Lübke N, Meinck M (2012) Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten - Teil 1. Auswertung von stationären Krankenhausdaten und Pflegedaten. *Z Gerontol Geriatr* 45:485–497
8. Meinck M, Lübke N (2013) Geriatrietypische Multimorbidität im Spiegel von Routinedaten. Teil 3: Prävalenz und prädiktiver Wert geriatrietypischer Merkmalskomplexe in einer systematischen Altersstichprobe. *Z Gerontol Geriatr* 46:645–657
9. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche
10. Statistisches Bundesamt (Destatis) (2013) Pflegestatistik 2013 – Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung – Deutschlandergebnisse
11. Swart E, Ihle P, Matusiewicz D, Gothe H (Hrsg) (2014) Routinedaten im Gesundheitswesen - Handbuch Sekundärdatenanalyse: Grundlagen, Methoden, und Perspektiven. Huber, Bern

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** D. Kurch-Bek ist als Fachreferentin für die Kassenärztliche Bundesvereinigung tätig. L. Sundmacher, C. Gallowitz und B. Tenckhoff geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag berücksichtigt die Gute Praxis Sekundärdatenanalyse (GPS) und beinhaltet keine von den Autoren durchgeführten Studien an Menschen oder Tieren.

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>) veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

## Literatur

1. Bienstein C, Hallauer J, Lehr U, Rönsch H (2005) SÄVIP - Studie zur ärztlichen Versorgung in Pflegeheimen. Vincentz Network, Hannover
2. Borchelt M et al (2004) Abgrenzungskriterien der Geriatrie - Version V1.3. Berlin. [http://www.geriatrie-drg.de/public/docs/Abgrenzungskriterien\\_Geriatrie\\_V13\\_16-03-04.pdf](http://www.geriatrie-drg.de/public/docs/Abgrenzungskriterien_Geriatrie_V13_16-03-04.pdf)
3. Boyd CM, Darer J, Boult C, Fried LP, Boult L, Wu AW (2005) Clinical practice guidelines and quality of care for older patients with multiple comorbid diseases: implications for pay for performance. *JAMA* 294:716–724
4. <http://www.bundesversicherungsamt.de/risikostrukturausgleich/festlegungen.html#c5594>
5. Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014) Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). KBV, Trier

Hier steht eine Anzeige.

